DISSERTATION

N° 13.

SUR

LES ANEVRISMES DE L'AORTE;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 15 janvier 1820, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR GEORGES-PIERRE NOVERRE,

Elève de l'Ecole pratique; Interne des hôpitaux civils de Paris.

Liberam profiteor medicinam, nec ab antiquis sum, nec à novis; utrosque, ubi veritatem colunt, sequor; multi facio repetitam experientiam.

KLEINIUS, *Interpres clinicus*, præf.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1820.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PERCY.
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL, *Examinateur.*
M. DE JUSSIEU, *Examinateur.*
M. RICHERAND, *Examinateur.*
M. VAUQUELIN, *Examinateur.*
M. DESORMEAUX, *Examinateur.*
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN.
M. ORFILA, *Président.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CARISSIMO PATRI,

DILECTISSIMÆ MATRI.

Amoris et reverentiæ pignus.

PARENTI ET AMICO

D. BEAUCHÊNE,

Facultatis pariensis Medico, Regis Chirurgo, nec non Sancti-Antonii nosocomii Primario.

D. LERMINIER,

Caritatis Nosocomii medico.

Hocce opus, pergrati animi venerationisque monumentum,

DICAT ET VOVET

G. P. NOVERRE.

DISSERTATION

SUR

LES ANÉVRISMES DE L'AORTE.

Je vais parler des anévrismes de l'aorte, qui, malgré leur fréquence, paraissent cependant avoir été méconnus des anciens médecins ; car, si nous parcourons les ouvrages de *Marinellus*, d'*Hippocrate*, etc., nous voyons qu'ils n'en ont point parlé, ou que la description qu'ils en ont donnée était peu exacte. Ils semblent même avoir confondu cette maladie avec des dilatations variqueuses des veines pulmonaires, et sans doute avec des hémoptysies symptomatiques de la phthisie pulmonaire, puisqu'ils rapportent que la mort qui terminait ces affections, loin d'être subite et causée par une perte énorme de sang, arrivait lentement à la suite d'une ulcération des poumons. L'époque où l'on institua l'anatomie, où l'on permit l'ouverture des corps, fut réellement celle où l'on parla pour la première fois des anévrismes du cœur et des gros vaisseaux. *Nicolas Massa*, *Carolus Stephanus*, citent quelques maladies du cœur.

Bonet dit avoir trouvé une aorte triplée, ou pour le moins doublée de volume.

Vésale donne une observation où il dit avoir reconnu un ané-

vrisme de l'aorte dans une tumeur pulsative, occupant le niveau des vertèbres dorsales; et il ajoute même que plusieurs médecins, qui étaient d'un avis contraire, en furent convaincus après la mort, en voyant une tumeur de l'aorte égalant un œuf d'autruche, qui avait altéré les vertèbres et les côtes voisines. *Galien, Paul, Oribase, Aetius, Avicennes*, parlent à la vérité des tumeurs anévrismales extérieures, mais nullement de celles de l'aorte.

C'est dans l'ouvrage immortel *de Sedibus et Causis morborum*, que l'on rencontre les observations les plus instructives sur cette maladie.

C'est dans l'ouvrage plus récent d'un illustre professeur de cette faculté que l'on peut puiser les notions les plus exactes sur la maladie qui fait le sujet de ma dissertation, et surtout enfin dans l'excellent Traité des affections de la poitrine, par M. *Laennec*, l'un des médecins les plus distingués de la capitale. Je passerai sous silence les espèces, les synonymies variées, les diverses étymologies admises par les médecins, pour lesquelles on peut consulter les ouvrages qui ont parlé de l'anévrisme d'une manière spéciale.

Définition.

L'anévrisme de l'aorte consiste dans sa dilatation ou sa communication, au moyen d'une ouverture plus ou moins large, avec une sorte de sac ordinairement formé aux dépens d'une ou de plusieurs de ses tuniques, et quelquefois des organes environnans.

Siége.

Tous les points de l'artère peuvent en être le siége; mais la crosse en offre de plus nombreux exemples, et leur fréquence est d'autant moindre, qu'on s'éloigne du cœur.

Causes prédisposantes.

Rares dans la vieillesse, plus rares encore dans l'enfance, ces anévrismes ne se montrent guère que dans l'âge adulte ; les hommes, par la nature de leurs travaux, y sont plus disposés que les femmes : une constitution maigre, un cœur volumineux, y prédisposent.

Causes déterminantes.

Les causes déterminantes sont de trois sortes.

Les premières agissent en augmentant la force impulsive du cœur ;

Les deuxièmes en gênant le cours du sang ;

Les troisièmes en occasionnant ou favorisant un relâchement ou une désorganisation dans les parois artérielles.

Au nombre des premières nous rangerons la chaleur de l'atmosphère, l'usage habituel de boissons ou alimens échauffans ou excitans. *Morgagni* en cite plusieurs observations, et *Lancisi* rapporte que, sur cent anévrismatiques, cinquante au moins étaient adonnés aux excès de la table. L'amputation d'un membre, la suppression de quelque évacuation sanguine habituelle, tout exercice violent, une marche forcée ou trop prolongée, l'équitation, des efforts de respiration extraordinaires sont autant de causes qui peuvent déterminer cette espèce de dilatation. *Morgagni* (lettre 17.e) dit que les charretiers, les cochers, les courriers, et tous les hommes exposés aux fatigues que cause le mouvement des objets grossiers et l'attirail des écuries, lui en ont offert les plus fréquens exemples. Les états qui exigent de grands efforts musculaires, et surtout une compression habituelle des viscères, comme celui des garçons d'amphithéâtre, des fouleurs de chapeaux, des corroyeurs, des blanchisseurs, etc. ; le jeu des instrumens à vent, la fatigue des veilles, le désordre que produisent les affections morales, peuvent

également amener les accidens que nous allons décrire ; ce qui a fait dire à plusieurs médecins, entre autres à *Albertinus*, qu'il fallait attribuer la rareté des anévrismes, chez les animaux, à ce que les émotions de l'âme étaient presque nulles chez eux. Enfin l'on doit y joindre l'hypersarcose du ventricule gauche, maladie dans laquelle la force musculaire du cœur, plus ou moins accrue, détruit l'équilibre qui existait entre cet organe et le tronc artériel qui en part.

Parmi les causes du second ordre doivent être placées certaines courbures de la grande artère ; sa proximité du cœur, un obstacle au cours du sang causé par un engorgement des poumons, des ossifications, des tumeurs accidentellement formées au voisinage de l'artère, et qui la compriment ; des excroissances au dedans qui diminuent son calibre, comme j'en vis un exemple sur un sujet que je disséquai à l'hôpital Saint-Antoine, et chez lequel l'aorte, avant son passage à travers le diaphragme, présentait une végétation comme polypeuse, au-dessus de laquelle était une dilatation uniforme très-prononcée ; enfin des vêtemens trop serrés.

Les causes qui favorisent ou occasionnent un relâchement ou une désorganisation des parois artérielles sont :

Les efforts violens, comme ceux de la toux, celui de renverser fortement la tête en arrière, les contusions, les chutes, la métastase d'un principe morbifique sur une des portions de l'aorte, comme le vice scorbutique, rhumatismal, etc. ; les ossifications, les érosions ou les altérations spontanées des membranes artérielles. On pense que l'action du mercure et du virus siphilitique peut les affaiblir ; mais cette opinion, qui n'est rien moins que prouvée, pourrait bien n'être fondée que sur une erreur due à la fréquence des maladies vénériennes. En effet, on ne parle d'aucune observation de ce genre à l'hôpital des vénériens, où je fus attaché comme élève interne.

Enfin des plaies profondes, un coup d'épée, je suppose, qui aurait lésé les parois de l'aorte, certaines tumeurs sanguines dé-

veloppées sur sa face extérieure, ainsi qu'on en trouve deux exemples dans le Traité des maladies du cœur, par M. le professeur *Corvisart*, peuvent encore être considérées comme causes de l'anévrisme de l'aorte.

Indépendamment de ces causes directes ou indirectes, on peut admettre une certaine disposition particulière qui peut être bornée à quelques artères, ou s'étendre à tout le système artériel, et qu'on désigne généralement sous le nom de *diathèse anévrismale*. *Lusitanus* parle d'un vieillard chez lequel les artères étaient parsemées de dilatations en si grand nombre, que leur énumération fut impossible. *Lancisi* et *Morgagni* rapportent des faits analogues; et dans ces derniers temps M. *Beauchêne*, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, trouva cinq anévrismes sur une dame qui avait succombé à la rupture de l'aorte anévrismatique.

Mais si les causes, à l'exception de quelques-unes directes qui sont particulières à tel ou tel anévrisme, peuvent être considérées d'une manière générale, il n'en est pas de même des symptômes, qui varient selon le siége de la maladie.

Symptômes des anévrismes de la crosse.

Premier degré. Que d'incertitude et combien d'obscurité au début de la maladie! Quelquefois tintemens d'oreilles, sentiment d'étourdissement, bouffées de chaleur montant au visage, rougeur passagère de la face : d'autres fois dyspnée, toux si légère, que les malades y font peu d'attention : on en a même vu ne présenter *aucun autre symptôme* jusqu'à leur mort, déterminée par la rupture de la tumeur, dont le volume d'abord peu considérable avait acquis tout à coup un énorme développement. Dans cette circonstance, le crachement de sang ou son vomissement sont les seuls phénomènes qui font soupçonner la cause de la mort.

Deuxième degré. La dyspnée est plus forte; les malades éprouvent dans l'intérieur du thorax une sensation incommode et de véritables

pulsations étrangères à celles du cœur (qu'il ne faut pas négliger). Jusque-là point de trouble dans la circulation ; mais la tumeur ne cesse d'augmenter progressivement : en comprimant les poumons, elle gêne la respirationen ; déprimant la trachée-artère, elle occasionne un sifflement habituel, et quelquefois altère le timbre de la voix. Elle ne borne pas là son action comprimante ; elle peut agir sur l'œsophage, gêner la déglutition, mettre obstacle à la descente du bol alimentaire, et produire une anxiété des plus cruelles, qui ne cesse ordinairement qu'après le vomissement ou la chute du bol alimentaire dans l'estomac. Souvent, comme l'observe *Morgagni*, lettre dix-septième, la dégurgitation des gaz est impossible, et comme ceux-ci distendent non-seulement l'estomac, mais encore la portion voisine de l'œsophage, l'incommodité qui en résulte est si grande, qu'elle absorbe entièrement l'esprit du malade qui s'occupe de ce seul phénomène.

Sur une dame chez laquelle la tumeur faisait une légère saillie entre les deux clavicules, la déglutition était possible seulement lorsque, par un instinct machinal, la malade déviait le sommet de l'anévrisme pour le porter dans la cavité gauche du thorax, et faire cesser la compression de l'œsophage et de la trachée-artère que l'air traversait toujours avec bruit et par saccades.

Si l'on percute alors la poitrine, on obtient un son mat dans l'endroit qu'occupe la tumeur.

Si l'on applique l'oreille sur les parois de cette cavité immédiatement, ou mieux, si l'on écoute avec le sthétoscope, voici ce qu'on observe :

1.° Dans la région du cœur, si cet organe est dans un état sain, des battemens réguliers distincts, qu'on peut reconnaître pour appartenir, les uns aux ventricules, les autres aux oreillettes.

2.° Dans un lieu plus ou moins distant de cet organe, dans celui qui avait donné un son mat, le plus ordinairement un bruissement particulier imitant assez bien le bruit de la lime, accompagné d'un mouvement pulsatif simple. A la vérité, quelquefois on observe

le même phénomène lors de certaines ossifications des valvules du cœur, mais les battemens simples à l'aorte, et toujours doubles au cœur, ne permettent point de confondre les deux maladies.

Troisième degré. A une époque que l'on peut considérer comme le troisième degré, les symptômes que j'ai indiqués plus haut sont plus prononcés encore; la respiration, toujours sibilante, devient pénible, haute et fréquente; une oppression continuelle, une vive anxiété l'accompagnent; la toux, qui n'était que passagère, devient pour ainsi dire continuelle, convulsive, par quintes, et s'accompagne d'une expectoration de crachats dont le caractère est susceptible de varier. Tantôt ils sont blancs, opaques, nagent dans une pituite diffluante, comme ceux des phthisiques; tantôt visqueux, adhérens, mais opaques et isolés, comme ceux du catarrhe; d'autres fois ils participent de l'un et de l'autre caractère, et sont avec ou sans matière sanguinolente. Très-abondans dans certaines circonstances, ils cessent pour ainsi dire tout à coup avec l'exacerbation des symptômes qui s'étaient manifestés, de sorte qu'on pourrait attribuer l'amélioration à la vacuité d'une poche particulière existant dans l'un ou l'autre poumon, comme l'avait donné à penser le portier de la Charité dont je rapporte l'observation, et qui, à sept ou huit époques différentes, eut des crachemens de cette nature.

Si l'on percute alors le thorax, on reconnaît un son mat dans une étendue plus considérable : c'est vainement qu'on cherche à reconnaître quelque battement, tout est confondu; le bruit de la respiration, les pulsations du cœur, le râle sibilant, le bruissement obscur de l'anévrisme, mélangés, ne permettent plus d'établir quelque distinction.

Quelquefois la compression exercée par la tumeur s'étend aux veines, dont les extrémités se répandent sur le thorax, et l'on observe alors un état variqueux de celles qui recouvrent les tégumens de cette cavité. Quelquefois aussi ceux de ces vaisseaux qui reviennent de la tête sont également comprimés; ce qui donne

lieu à l'injection habituelle des capillaires de la face, aux battemens et gonflement des jugulaires, et peut en imposer pour une lésion organique du cœur. Les nerfs du bras ne sont pas exempts de cette compression, non plus que les vaisseaux lymphatiques et sanguins. Ordinairement le pouls du côté gauche (vers lequel s'incline le plus souvent la tumeur) est moins fort que celui du côté droit, finit même par devenir insensible; et ce phénomène, capable d'attirer l'attention du médecin, sous le rapport de la certitude du diagnostic, paraît dépendre de la compression de l'artère sous-clavière.

Les veines du membre deviennent variqueuses à leur tour, l'œdème des extrémités survient en raison de la compression des vaisseaux lymphatiques, et la faiblesse, la paralysie incomplète du bras, ne tardent pas à être le résultat de la compression duplexus brachial.

Joignons encore les vertiges, les défaillances, et une certaine position bizarre que prend le malade lorsque la respiration est sifflante, position à l'aide de laquelle il fait cesser la compression de la trachée-artère, la ramène pour ainsi dire à son calibre, à sa rectitude naturelle, et diminue ainsi la dyspnée et le sifflement. Joignons enfin quelques signes qu'on peut appeler *sensibles*. En effet, au bout d'un certain temps la tumeur se dirige peu à peu vers les parois de la poitrine, des pulsations peu distinctes se font sentir à travers les tégumens et les côtes; bientôt ces pulsations ont usé les parties solides, repoussé les parties molles, et sont devenues tellement perceptibles au toucher et à la vue, qu'en raison de leur concordance avec les battemens artériels, toute incertitude est dissipée.

Dans quelques circonstances la tumeur remonte vers la partie supérieure de la poitrine, entre le sternum et la première côte, en formant une espèce de phlegmon; dans d'autres, elle perfore le sternum et offre un volume différent: tantôt grosse au plus comme une noix, elle peut, comme *Valsalva* en rapporte un exemple,

égaler la tête d'un chevreuil ; alors, si elle continue à faire des progrès, elle peut occasionner la dysphagie. Telle était la femme dont ce celèbre médecin rapporte l'observation, qui ne put prendre de nourriture pendant plus de huit jours, et mourut plutôt d'inanition que de l'anévrisme.

Marche.

La marche, qui peut varier suivant la constitution du sujet et la nature des causes, est en général plus rapide que celle des anévrismes des membres ; ce qui peut être attribué sans doute au peu de soutien de l'aorte et à la nature des tissus environnans. Pour arriver à la troisième période, qui ordinairement est de courte durée, cette maladie met plusieurs mois, quelquefois plusieurs années.

Terminaisons.

La terminaison en est constamment funeste ; la mort en est le résultat nécessaire. Mais elle peut arriver de plusieurs manières.

1.° Par une compression exercée sur les poumons, la trachée-artère, l'œsophage.

2.° Par la rupture de la tumeur.

C'est une véritable asphyxie mécanique, qui s'observe dans les deux premiers cas ; la mort est ordinairement subite. Dans le troisième, c'est au septième ou huitième jour, plus ou moins promptement, suivant l'épuisement antérieur, que les malades succombent ; mais alors ils meurent plutôt d'inanition que de la maladie principale qui en est la cause. Cependant rarement est-on témoin de ces sortes de terminaisons, et le plus souvent c'est la rupture de la tumeur qui amène subitement la mort.

Cette rupture se fait quelquefois au-dehors ; les os alors se détruisent, les parties molles s'enflamment, la peau s'amincit, s'use, se déchire, le plus souvent se gangrène, et le malade perd le sang et la vie. Si la rupture s'opère au-dedans, comme cela arrive aussi,

le sang alors s'épanche dans les bronches ou l'œsophage, qui le transmettent au-dehors ; ou bien, s'écoulant dans la cavité de la plèvre, il produit tous les symptômes qui annoncent une hémorrhagie intérieure, tels que la pâleur du visage, les défaillances, les syncopes, la petitesse du pouls, le froid des extrémités, etc. Souvent, dans cette terminaison, les malades vivent quelques jours encore ; les accidens, la syncope, se suspendent, pour ne reparaître qu'aux derniers momens de la vie, qui peut s'éteindre de deux manières différentes :

1.° Par la trop grande quantité de sang qui s'écoule.

2.° Par la compression exercée sur les organes voisins.

Le sang, par exemple, s'épanchant dans le péricarde, distend la cavité de cette poche, se coagule autour du cœur, en gêne les battemens, les suspend, et s'oppose ainsi à la circulation (Obs. de *Morgagni* et *Valsalva*).

De même que les symptômes alarmans de cette maladie se développent sous l'influence des causes qui accélèrent le cours du sang, de même la rupture des tumeurs anévrismales a lieu sous l'influence des causes qui déterminent leur développement, lors d'une émotion vive, dans l'excitation du coït, par exemple. Ainsi mourut un garçon d'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Louis, dont M. le professeur *Richerand* rapporte l'observation dans sa Nosographie chirurgicale.

Enfin il ne sera peut-être pas inutile de remarquer que la rupture ou la destruction d'une portion du sac n'est pas toujours accompagnée de l'épanchement du sang qu'il contient, en vertu des adhérences contractées avec les parties voisines, ou des couches fibrineuses formées dans l'intérieur, qui tapissent les parois de la poche, surtout aux endroits les plus faibles, et même perforés : artifice vraiment heureux de la nature vigilante, qui semble créer des organes nouveaux et provisoires destinés à prolonger l'existence en s'opposant à l'issue du sang, malgré la perforation du sac et même des organes voisins, tels que la trachée-artère, les bronches,

Diagnostic.

Il est peu de maladies aussi insidieuses que les anévrismes de l'aorte, et qui offrent un diagnostic aussi incertain ; par cela même que la plupart des symptômes de cette affection s'observent dans d'autres maladies, et qu'il en est à peine deux qui se rencontrent dans tous les anévrismes, savoir : la dyspnée et l'inégalité du pouls aux deux bras.

Or, pour que des symptômes soient dits *pathognomoniques*, il faut qu'ils soient tellement certains et infaillibles, qu'on puisse dire en voyant tels symptômes, telle affection existe. C'est ainsi que le chirurgien affirme qu'il y a fracture, lorsqu'il reconnaît la crépitation et le vice de conformation d'un membre ; c'est ainsi que le médecin atteste qu'il y a péripneumonie, lorsqu'avec un son mat et l'absence de la respiration dans l'endroit malade, il observe de la toux et une expectoration de crachats sanguinolens ou rouillés, visqueux, transparens, se prenant en masse, et adhérant au fond du vase.

Ne peut-on donc pas se faire cette question ? Parmi les symptômes énoncés plus haut, y en a-t-il qui soient pathognomoniques des anévrismes de l'aorte ? et pour la résoudre, ne convient-il pas de choisir les plus tranchés, et d'examiner s'ils ne sont pas observés dans d'autres maladies ; tels sont la *dyspnée*, l'*aphonie* et le *sifflement*, la *nature des crachats*, le *son mat*, le *bruissement*, les *pulsations*, l'*inégalité des deux pouls*, le *décubitus* ?

Dyspnée.

Un des plus fidèles symptômes de l'anévrisme de l'aorte pectorale, l'oppression, est presque constante dans les maladies tant aiguës que chroniques de la poitrine ; telles que la pleurésie, la péripneumonie, la péricardite, les anévrismes du cœur, ceux de

l'aorte pulmonaire, le pneumo-thorax, l'emphysème du poumon, l'apoplexie pulmonaire, etc.

Aphonie et sifflement.

Observés quelquefois dans l'œdème de la glotte, dans la phthisie, affectant le larynx, où les malades, suivant l'expression heureuse de M. *Bayle*, soufflent pour ainsi dire leurs paroles, ils peuvent être le résultat de la compression de la trachée-artère par toute autre tumeur qu'un anévrisme : un engorgement squirrheux, par exemple, une dégénérescence des glandes bronchiques, des tumeurs cancéreuses enveloppant le poumon, et particulièrement situées au voisinage de la trachée-artère.

Nature des crachats.

Ici les crachats proviennent de l'irritation, de l'inflammation même des bronches, ou de la trachée, causée par la tumeur ; et comme d'ailleurs ils varient beaucoup, que c'est avec peine quelquefois que les médecins peuvent reconnaître si tels crachats appartiennent à la pleurésie, à la péripneumonie chronique, au catarrhe, ou à la phthisie, ce symptôme, ce me semble, ne doit point être mis au rang des pathognomoniques.

Nature du son.

La percussion donne presque constamment un son mat dans la région de la tumeur anévrismale ; mais elle fournit le même phénomène dans la pleurésie chronique, dans la pneumonie, la péricardite avec épanchement, qui souvent sont accompagnées d'expectoration de crachats de diverse nature, capables de mettre le praticien dans la plus grande incertitude.

Bruissement.

Ce phénomène, que l'on peut comparer au bruit de la lime, et quelquefois de la scie, est constant dans les deux premiers degrés de la maladie, et ne s'observe que fort rarement dans d'autres affections, qui presque toujours alors appartiennent au cœur.

Pulsations.

Dans son savant ouvrage sur l'auscultation médiate, voici ce que M. *Laennec* rapporte, page 439 : « Chez un troisième malade la « tumeur faisait deja une légère saillie sous les cartilages des pre- « mières côtes droites, et sa nature pouvait être reconnue par « l'inspection seule et l'application de la main. Ce dernier m'a « fourni l'occasion de faire plusieurs observations d'autant plus « utiles, que le diagnostic était tout-à-fait sûr. Les battemens de la « tumeur, parfaitement isochrones au pouls, donnaient une im- « pulsion et un bruit beaucoup plus forts que la contraction des « ventricules du cœur. On n'entendait nullement celle des oreil- « lettes. Ces battemens, que j'appellerai simples par opposition à ceux « du cœur, qui sont doubles, à raison des contractions alternatives « des ventricules et des oreillettes, s'entendaient très-distinctement « entre l'omoplate et la colonne vertébrale. »

Si un trop petit nombre d'observations ne permet pas de considérer encore comme symptôme certain des anévrismes de l'aorte ce battement simple et distinct de ceux du cœur observé par M. *Laennec*, il est plus que probable que le temps, en fournissant les moyens d'observation, procurera des données positives à cet égard.

L'inégalité des deux pouls.

Ce symptôme, qui a lieu lorsque la tumeur anévrismale comprime l'artère sous-clavière gauche, ou l'artère innominée, quand

l'ouverture de ces artères se trouve en partie bouchée par des caillots, ou enfin quand le volume de la tumeur change beaucoup l'angle sous lequel elles naissent et le rend très-aigu, peut également dépendre de toute autre tumeur comprimant le tronc artériel. On voit même cette inégalité du pouls dans certaines affections cérébrales, dans l'hydrocéphale, l'épilepsie.

Infiltration des extrémités.

Quelques médecins pensent que dans les anévrismes de l'aorte pectorale les extrémités ne sont infiltrées que jusqu'aux coudes, de même que dans ceux de l'aorte ventrale, elles ne le sont que jusqu'aux genoux. Mais ce symptôme n'est pas assez constant pour qu'on doive s'y arrêter.

Décubitus.

Enfin le plus souvent le décubitus est tel, que le malade semble redresser la trachée-artère, et lui faire perdre sa direction vicieuse, occasionnée par la pression de la tumeur qui la dévie; il est couché sur le côté gauche, mais le corps demi fléchi, la tête obliquement inclinée sur le devant du thorax. Cette position, très-fatigante, mais qu'il supporte à cause de la nécessité, pourrait encore être un symptôme incertain, puisque toute tumeur étrangère comprimant la trachée-artère serait accompagnée de ce phénomène.

En étudiant donc tous ces symptômes isolément, on voit que d'autres maladies les réclament, et que, rigoureusement parlant, dans l'état actuel de la science, nous ne possédons aucun moyen sûr de reconnaître un anévrisme de l'aorte à sa crosse, si ce n'est lorsqu'il fait saillie au-dehors, et présente des battemens qui quelquefois encore peuvent nous induire en erreur. Ce n'est donc pas à un seul symptôme qu'il faut s'attacher; mais considérer l'ensemble de tous, afin de prendre une route plus sûre pour parvenir à son but, c'est-à-dire à un diagnostic certain.

Prognostic.

Le prognostic des anévrismes de la crosse de l'aorte est extrêmement grave, puisque la mort en est le résultat; mais il l'est d'autant plus, que la maladie est plus ancienne, que la tumeur a plus de développement, et que les altérations portées sur les organes voisins sont plus profondes. Combien en effet ne voit-on pas de malheureux succomber à la lésion des organes environnans avant la rupture de l'anévrisme !

Anévrisme de la portion pectorale de l'aorte.

Ici les symptômes sont beaucoup plus obscurs; cependant les malades ne tardent pas à se plaindre d'un sentiment de pulsation dans la partie moyenne et inférieure de la poitrine, de dyspnée, de toux, qui s'accroissent pendant la marche, lorsque l'on monte un escalier, ou que l'on exécute quelques mouvemens violens. Le plus souvent rien autre chose ne vient éclaicir le diagnostic; quelquefois on observe de légers troubles dans les fonctions digestives, du hoquet, des nausées, des vomissemens même, une forte oppression, mais jamais ce sifflement que produit la compression de la trachée-artère; la position de celle-ci s'y oppose. Mais le cœur à son tour peut être refoulé, tantôt vers les parois thoraciques, tantôt vers la cavité droite, quelquefois sur le diaphragme; et il n'est pas rare, soit à cause de la compression, soit à cause de quelques lésions organiques du cœur, de remarquer plusieurs symptômes qui se rapportent à ces dernières, tels que l'intermittence du pouls, la couleur violacée du visage, les céphalalgies, les étourdissemens, de fréquentes palpitations plus ou moins irrégulières.

De même que dans l'anévrisme de la crosse, l'œsophage peut être comprimé, détruit ou perforé. On cite plusieurs observations

où la tumeur s'ouvrit dans ce conduit. Le péricarde peut également avoir contracté des adhérences, et par sa rupture donner passage au sang, qui, en s'épanchant dans sa cavité, vient suspendre les battemens du cœur. Mais le plus souvent la tumeur se crève dans la poitrine, et l'on trouve à la mort le sang épanché entre les plèvres et les lames du médiastin.

D'autres fois la tumeur se fraie une route sur les parties latérales ou postérieures de la poitrine, au travers des côtes, qu'elle use progressivement; le diagnostic est alors très-facile; l'écoulement a lieu ordinairement au-dehors.

Dans des cas plus rares encore, l'anévrisme, après avoir détruit le corps des vertèbres, peut produire la mort, en comprimant et détruisant la moelle épinière. La certitude du diagnostic n'est pas plus grande, et même l'est peut-être moins que dans l'anévrisme de la crosse. Les symptômes, pour la plupart, lui étant communs avec ce dernier, à l'exception du sifflement, on peut aisément les confondre l'un et l'autre. Une maladie organique du cœur, une tumeur anévrismale de l'artère pulmonaire, pourraient encore mettre dans le doute; mais, dans le premier cas, on parviendrait encore à distinguer, à l'aide du cylindre, les battemens du cœur de ceux de l'artère, seulement dans les deux premiers degrés de la maladie. Dans le second cas, on pourrait distinguer la maladie de l'aorte, de l'anévrisme de l'artère pulmonaire, si l'on considérait que ce dernier ressemble davantage à ceux de la crosse, si ce n'est qu'il se déjette toujours à droite, comprime souvent la sous-clavière de ce côté, en occasionnant la diminution ou l'abolition complète du pouls correspondant. Le prognostic est aussi grave que celui des anévrismes de la crosse.

Anévrisme de l'aorte ventrale.

Dans la première période on méconnaît assez souvent la maladie; quelquefois cependant, si elle occupe la partie supérieure de l'artère,

surtout si le sujet est maigre, si les muscles droits ne se contractent pas trop fortement, ce qui arrive fréquemment, on distingue dans la région épigastrique des battemens anévrismatiques de l'aorte, qu'il ne faut pas confondre avec ceux qu'elle présente quand elle n'a que son volume ordinaire, et qui sont tellement appréciables chez des sujets émaciés, d'ailleurs sains de ventre, qu'ils ont été pris plus d'une fois pour des anévrismes du tronc cœliaque, lesquels sont extrêmement rares.

Cependant, dans ce premier degré, on observe quelquefois des douleurs fugaces dans la région lombaire, des dérangemens passagers dans les digestions, des nausées, des vomissemens, un sentiment de pesanteur à l'épigastre, où l'on sent des battemens si obscurs, que ce n'est qu'après un examen très-attentif de plusieurs semaines qu'on parvient à reconnaître une véritable tumeur.

Mais bientôt la maladie fait des progrès. A la suite d'un effort, d'un accès de colère, d'un coup, et souvent sans cause connue, la tumeur augmente tout à coup de volume, sans qu'on puisse au juste apprécier cet accroissement, malgré la faculté du toucher et de la vue. Le plus souvent le malade a reconnu avec étonnement des battemens dans un lieu où il n'en avait pas aperçu jusqu'alors. Quelquefois ils se font sentir vers le scrobicule du cœur; dans d'autres circonstances, beaucoup plus bas, mais toujours dans la direction connue de l'aorte. C'est seulement alors que le praticien, consulté le plus souvent pour la première fois, reconnaît une tumeur plus ou moins volumineuse, ordinairement circonscrite, offrant des battemens isochrones à ceux du pouls, repoussant fortement la main qui la comprime. Mais c'est alors aussi que les digestions commencent à éprouver certains troubles plus marqués; que le malade est tourmenté par des nausées, des rapports fréquens, des vomissemens, signes précurseurs d'une maladie organique de l'estomac, d'autant plus propres à en imposer, que les malades présentent alors l'extérieur particulier à cette sorte de maladie: la face est livide, pâle et tirée; les yeux sont caves, la maigreur ex-

trême, et la couleur de la peau souvent jaune, verdâtre, comme dans les affections cancéreuses; et comme les ouvertures ont démontré plusieurs fois que les tumeurs cancéreuses de l'estomac, du foie, de l'épiploon et du pancréas étaient, dans maintes circonstances, accompagnées de battemens qui en avaient imposé pour des anévrismes, ce qui n'était alors qu'un phénomène de locomotion, le praticien reste incertain, observe plus attentivement, et ne pose son diagnostic assuré qu'après avoir reconnu, non-seulement des mouvemens d'impulsion, mais mieux de dilatation et d'expansion de la tumeur. Pour reconnaître les premiers, il suffit d'appliquer la main sur la ligne blanche; et, pour s'assurer des seconds, de placer les mains à droite et à gauche, à trois pouces environ de cette ligne aponévrotique; et non-seulement on sent les battemens sur les parties latérales, mais encore on les aperçoit à la partie moyenne. C'est alors qu'il est ordinairement possible de reconnaître ce bruissement dont j'ai parlé plus haut, et qui paraît être le résultat du passage de la colonne de sang contre les inégalités des parois artérielles et du caillot fibrineux.

Cependant la tumeur ne cesse de croître peu à peu ou subitement; du deuxième, elle passe au troisième degré, où les symptômes sont loin d'être aussi distincts. Plus spacieuse, elle doit nécessairement contenir une plus grande quantité de sang; mais celui-ci, susceptible de se coaguler, forme à l'intérieur du sac des couches fibrineuses plus ou moins épaisses, dont la densité peut égaler la corne ramollie, qui finissent par ne laisser qu'un canal proportionné à la colonne de sang venant du bout supérieur de l'artère. Dès-lors, plus de mouvemens d'impulsion, ou très-obscurs; plus de mouvemens d'expansion et de dilatation; on sent uniquement une tumeur qui paraît plus volumineuse, et qui, loin de céder sous la pression de la main, comme dans le principe, résiste au contraire, paraît dure, et constituer un corps solide. Or, si l'on fait attention que le foie peut dépasser de beaucoup le cartilage des fausses côtes, qu'un squirrhe, un cancer de l'estomac,

du pancréas, etc., peuvent devenir très-gros, que ces diverses maladies sont accompagnées de vomissemens, de même que certains anévrismes de l'aorte, à cause de la pression qu'ils exercent sur la région pylorique, on verra combien doit être grande l'incertitude du médecin qui n'a pas été plusieurs fois témoin de ces diverses maladies. Cependant les digestions se détériorent de plus en plus, les malades tombent dans la maigreur, dans une faiblesse extrême, rejetant le peu d'alimens dont ils font usage. Les douleurs des lombes augmentent, gagnent les jambes et les cuisses, qui s'infiltrent; le ventre se durcit, se tend, quelquefois se ballonne; une collection s'y forme, et la tumeur enfin, ne cessant de faire des progrès, se rompt avec une douleur des plus vives, laissant le sang s'épancher dans quelques viscères creux, voisins, comme l'estomac par exemple : alors le liquide sort par la bouche ou l'anus; mais le plus souvent se repand dans la cavité du péritoine, dont l'inflammation aiguë occasionnerait promptement la mort, si la perte énorme du sang et la syncope qu'elle occasionne ne l'amenait auparavant.

La marche est ordinairement plus lente que celle des anévrismes de l'aorte pectorale.

Le diagnostic est loin d'être aussi épineux; cependant, par l'exposé des symptômes, l'on voit qu'on peut être induit en erreur dans plusieurs circonstances.

1.° Lorsque les muscles droits se contractent avec tant de force, qu'on ne peut palper l'abdomen avec facilité et certitude.

2.° Lorsque la tumeur est à son début.

3.° Lorsqu'il existe quelques tumeurs contre nature au-devant de l'aorte.

4.° Lors d'un anévrisme du tronc cœliaque; mais, comme il est extrêmement rare, on croit plus volontiers à la maladie de l'aorte qu'à la dilatation du tronc opisto-gastrique.

5.° Enfin, comme l'a observé M. *Laennec*, on pourrait se trom_

per, s'il existait des gaz en quelque sorte emprisonnés dans l'une des cellules du colon transverse.

Cependant, malgré ces difficultés, à l'aide du cylindre de ce célèbre praticien, dont je m'honore d'être l'élève, on peut reconnaître presque toujours, et avec facilité, les anévrismes de l'aorte ventrale. Les battemens sont énormes, repoussent l'oreille avec douleur, sont simples, et quelle que soit leur hauteur, ne sont jamais accompagnés de la contraction des oreillettes. Le bruit en est plus fort, sonore, et ordinairement très-clair. Il a ainsi reconnu deux anévrismes de cette nature, dont le diagnostic était très-obscur.

Quoique funeste, l'anévrisme de l'aorte ventrale peut être considéré comme moins grave que ceux des portions pectorales, puisqu'il n'entraîne au tombeau qu'au bout d'un temps quelquefois très-long, susceptible cependant de devenir plus inquiétant, selon le nombre et la gravité des complications qui pourraient s'y joindre.

Ouverture des cadavres.

A l'ouverture des corps, on rencontre des altérations différentes : tantôt il y a expansion uniforme dans une partie du tube artériel, ce qui constitue l'anévrisme vrai ; tantôt une tumeur sur un de ses côtés, communiquant avec lui au moyen d'un orifice, et formée, soit par la membrane celluleuse extérieure, l'interne et la moyenne ayant été rompues, soit par la membrane interne faisant hernie à travers les deux autres, comme MM. les professeurs *Dubois* et *Dupuytren* en ont trouvé des exemples ; ce qui constitue l'anévrisme faux consécutif d'une part, et l'anévrisme mixte de l'autre.

Quant au vrai, il se rencontre le plus fréquemment dans la portion ascendante de l'artère : la forme de sa crosse, l'impulsion continuelle et violente du sang en cet endroit, semblent l'y prédisposer. Il est un grand nombre de vieillards sur lesquels on observe

de ces dilatations, que quelques auteurs ont considérées comme anévrismatiques; la tumeur est alors arrondie, occupe toute la crosse, quelquefois une petite portion de celle-ci; et alors elle peut être comparée à un anévrisme médiocre, en surmontant un plus volumineux.

Lorsque la dilatation existe vers la portion descendante, celle-ci présente ordinairement un renflement fusiforme, qui va en diminuant insensiblement vers les parties saines du tube artériel, et ces dilatations peuvent être multiples. Sur un cadavre que je disséquais et qui avait succombé à une péripneumonie, je trouvai deux dilatations commençantes de l'aorte, l'une à deux pouces de sa crosse, l'autre au-dessous du tronc cœliaque, sans altération évidente des membranes, si ce n'est une extension uniforme. Sur d'autres cadavres, cependant, on a vu des dilatations uniformes de toute l'aorte, depuis son origine jusqu'à sa bifurcation vers le sacrum, qui lui donnait un diamètre de plus de deux travers de doigts, sans que les artères collatérales eussent éprouvé aucun changement.

Le plus souvent les membranes ne sont nullement altérées; mais plusieurs fois aussi on les a vues incrustées de concrétions calcaires, ordinairement situées entre les membranes fibreuse et interne encore saines; mais le plus souvent érodées, détruites de telle sorte, qu'on aurait pu croire à l'existence de véritables ulcérations.

Sur plusieurs sujets j'ai trouvé, comme *Morgagni* en cite des exemples, des gerçures ou petits sillons à l'intérieur de l'aorte, qui avaient favorisé la formation d'ecchymoses sous la membrane interne.

Des tubercules, de petits abcès se sont également présentés aux yeux des observateurs.

Dans l'anévrisme faux consécutif il n'en est pas de même; toujours les membranes sont altérées, mais ce mode d'altération a été, dans ces derniers temps, l'objet de discussions entre les

grands praticiens. M. le professeur *Scarpa*, dans son excellent ouvrage sur les anévrismes, prétend que toujours les tuniques interne et moyenne sont rompues, et que la celluleuse seule a cédé sans se rompre. Il va même jusqu'à nier l'existence des anévrismes vrais; mais un grand nombre d'observations positives et recueillies dans ces derniers temps prouvent l'existence indubitable de ces derniers, et que si le plus souvent l'artère se trouve altérée dans tout son contour, souvent aussi elle ne présente qu'une simple perforation de communication avec la tumeur.

M. le professeur *Corvisart* cite deux observations qui tendent à prouver que l'anévrisme faux pourrait peut-être commencer par l'extérieur de la grande artère. Il dit avoir trouvé sur deux aortes des kystes sanguins plus ou moins volumineux, qui y étaient fortement adhérens, et en avaient détruit la partie la plus extérieure; d'où il conclut que, si les malades eussent vécu plus long-temps, peut-être se serait-il fait une perforation de l'extérieur à l'intérieur, et que le sang épanché dans la tumeur adjacente s'en serait servi pour former les parois d'une poche anévrismale. Un grand nombre d'autopsies ne m'ont rien présenté d'analogue.

Quant au volume de la tumeur, elle peut avoir trois à cinq pouces de diamètre, ou ne surpasser au plus qu'une aveline. Dans ce dernier cas, ce n'est jamais par compression qu'elle a occasionné la mort, tandis que c'est presque toujours de cette manière que les grosses tumeurs la déterminent.

A l'extérieur, la poche anévrismale est assez uniforme, quelquefois libre, mais le plus souvent adhérente aux parties voisines, qui elles-mêmes peuvent avoir éprouvé de la distension, et contribué pour beaucoup à la consistance des parois du sac, au point de mettre obstacle à l'épanchement du sang, lors même que les membranes sont entièrement détruites. C'est ainsi qu'une tumeur située devant les piliers du diaphragme, adhérente à ce muscle, le distend, et s'en forme pour ainsi dire un quatrième feuillet extérieur. Ordinairement la rupture se trouve là où il n'y avait pas d'adhérence; mais

sa grandeur peut être variable, ainsi que son siége : celui-ci peut avoir lieu sur la partie antérieure ou latérale du sac, rarement à sa postérieure; celle-là peut être médiocre, ou présenter un orifice capable de laisser passer une pomme d'un moyen volume, ordinairement inégal, frangé, et très-mince, proportionnellement au reste de la tumeur.

Examine-t-on l'intérieur du sac, on trouve à son centre du sang liquide, du sang coagulé, et plus à l'extérieur des lames fibrineuses superposées par couches sur les parois de l'artère, de manière à ne laisser qu'une cavité, dont le calibre est à peu près égal à celui de l'aorte, et proportionné à la colonne de sang. Ces couches fibrineuses, d'abord rougeâtres, assez molles à l'intérieur, acquièrent d'autant plus de densité et de blancheur, qu'elles approchent des parois du sac, formant par leur assemblage un véritable tissu qui offre presque toutes les propriétés physiques de certains cœurs pâles et flasques d'individus qui succombent aux fièvres adynamique ou ataxique. Cependant on a observé, et M. *Laennec*, entre autres, que ces couches fibrineuses pouvaient, dans certains cas, acquérir assez de dureté pour avoir beaucoup de ressemblance avec la corne ramollie. On découvre en outre les parois artérielles plus ou moins altérées, rugueuses, dégénérées en un tissu d'un rouge pâle, friable, s'enlevant par morceaux, assez semblable en tout à des portions musculaires en macération, d'une épaisseur inégale, et quelquefois même ossifiées. (Les anciens considéraient ces plaques osseuses comme des portions détachées des os voisins). Mais il est bien prouvé de nos jours que ce ne sont que des incrustations de phosphate calcaire interposées entre les deux membranes plus internes. Cependant, à l'intérieur de la poche, on aperçoit encore l'ouverture de communication de celle-ci avec l'artère, ouverture qui est quelquefois ovalaire, d'autres fois ronde, lisse, épaisse, offrant une espèce de bourrelet tapissé la plupart du temps par la membrane interne, qui souvent se prolonge à une certaine distance dans l'intérieur de la cavité, sans la tapisser entiè-

rement ; ce qui est fort rare. *Morgagni* a vu cette ouverture entourée d'une concrétion polypiforme, qui s'étendait dans le sac et le conduit artériel ; et le plus souvent, s'il y a des adhérences, on aperçoit encore le tissu des parties voisines des poumons, des côtes, etc.

Si l'on coupe les membranes du sac en travers, on voit çà et là des épaississemens et des points amincis ; on reconnaît l'extrême distension, et surtout l'épaississement de la celluleuse en la disséquant jusqu'au tube artériel encore sain. On remarque que la fibreuse n'a ni diminué ni augmenté d'épaisseur, et que l'interne seule malade fournit toutes les inégalités qu'on observe. Intérieurement l'on voit encore l'orifice mâché de la rupture extérieure à quelque distance de cet orifice, à un pouce quelquefois, une ligne plus ou moins épaisse, irrégulière et frangée : c'est la trace de la rupture de la membrane moyenne, qui a cessé d'accompagner la celluleuse dans le reste de son extension. Quelquefois ce rebord est commun à la fibreuse et à l'interne ; mais, dans d'autres circonstances, cette dernière présente une trace analogue bien distincte, qui lui est particulière.

Mais là ne se bornent pas toutes les altérations, les tissus environnans en présentent qui ne sont pas moins remarquables. En général, on a observé qu'ils sont d'autant plus altérés, qu'elles offrent plus de solidité : par exemple, quand l'anévrisme comprime à la fois les poumons et la colonne vertébrale, celle-ci se trouve seule altérée; il refoule simplement le tissu pulmonaire, et détruit les bronches.

Lorsque la dilatation est peu prononcée, elle exerce une simple compression sur les parties voisines, et gêne plus ou moins les fonctions des organes, qui ne laissent apercevoir aucune trace d'altération. Mais si la tumeur est amincie et volumineuse, non-seulement les parties molles, mais encore les os, sont le siége de désordres qui sont dignes de remarque. On observe quelquefois un changement notable dans l'angle d'origine des artères, qui semble naître

des parois de la tumeur : leur calibre est quelquefois très-augmenté ; ordinairement alors elles se terminent en s'évasant, pour contribuer à l'agrandissement de l'anévrisme. Les lymphatiques comprimées peuvent être dilatées dans beaucoup d'endroits, à cause de la gêne qu'éprouve la lymphe dans son cours : les veines peuvent offrir le même phénomène. La trachée-artère, les bronches, sont souvent déviées, diminuées de calibre dans un point, souvent ulcérées, et fréquemment même détruites, perforées en plusieurs endroits ; et, sans indiquer positivement celui qui est le plus fréquemment altéré, je dirai que, presque toutes les fois qu'un anévrisme s'ouvre dans une bronche, c'est dans la gauche. La disposition anatomique, comme l'observe très-judicieusement M. le professeur *Richerand*, l'explique assez bien pour que je sois dispensé d'en donner ici des détails.

Le péricarde, l'œsophage, l'estomac et les intestins, ont quelquefois été trouvés perforés, de manière à recevoir dans leurs cavités le sang de la tumeur. Doit-on, comme le pense un médecin interne des hôpitaux, attribuer l'aphonie et le sifflement à la distension du nerf récurrent gauche, qui, comme on sait, presque immédiatement après son origine, se courbe de devant en arrière, et de bas en haut, en formant une arcade qui embrasse la crosse de l'aorte ? Rien ne s'y oppose, considérant pour beaucoup cependant la compression exercée sur l'un ou l'autre des conduits aériens. Enfin, si nous passons à l'altération des parties osseuses, nous voyons le sternum, les côtes détruites, perforées, sans qu'on puisse donner une explication satisfaisante de cette destruction lente et successive. Nous voyons encore plus souvent le corps d'un plus ou moins grand nombre de vertèbres détruit, et de telle sorte, que leur déperdition de substance ne forme pas une cavité unique et allongée, mais bien autant de cavités qu'il y a de corps vertébraux, entre lesquels on observe toujours les cartilages inter-articulaires presque complètement intègres, même lorsque le corps de ces os a été détruit jusqu'à la moelle épinière, dont la compression a causé la mort.

Traitement.

Jusqu'ici on ne possède aucun moyen direct contre ces affections; le diagnostic en est si peu certain dans le principe, que le plus souvent les remèdes sont mis en usage à une époque où ils ne peuvent être d'aucune utilité. *Astley Cowper*, a bien lié l'artère aorte ventrale; mais l'issue de cette opération n'a pas été de nature à la faire pratiquer de nouveau.

Il faut donc se borner aux moyens palliatifs, qui sont au nombre de trois.

1.° La méthode débilitante de *Valsalva* et d'*Albertini;*

2.° La méthode dérivative de *Morgagni;*

3.° Celle que l'on peut appeler *mixte*, parce qu'elle tient le milieu entre l'une et l'autre des méthodes précédentes.

Première méthode. La première consiste à réduire le malade par des saignées répétées, par une diète rigoureuse et long-temps prolongée, à une exténuation telle, qu'il lui serait impossible de se lever de son lit. C'est ainsi qu'après avoir pratiqué quelques saignées, *Valsalva* diminuait de jour en jour la quantité d'alimens, de manière à ne donner qu'une livre de bouillie dans un jour, jusqu'à ce que la foiblesse fut arrivée au point désiré. Les malades, qui se levaient alors, étaient pris de défaillances et de palpitations, mais nullement effrayantes, car elles n'étaient que passagères et de courte durée. Il est vrai, et *Morgagni* l'observe, ce traitement de *Valsalva* est effrayant, dur, et si long, que les malheureux malades s'y soumettent avec peine, surtout s'il ne sont tourmentés que par de légères incommodités, et ne finissent à s'y déterminer que lorsque les angoisses extrêmes et une mort imminente sont au-dessus de toutes les ressources de l'art. Il n'est pas douteux que, si l'on pouvait reconnaître la maladie dès son principe, lorsque les parois artérielles ne sont encore que distendues sans rupture, cette méthode de *Valsalva* pourrait être d'une grande utilité, curative même, si

l'on a égard à l'observation de ce célèbre praticien, dans laquelle il dit avoir trouvé sur un homme guéri de cette manière, et mort d'une autre affection, la portion de l'artère qui autrefois avait été le siége de l'anévrisme, calleuse, endurcie, et tellement diminuée de volume, quelle ne surpassait en rien le reste du tube artériel. M. *Roux*, dans sa médecine opératoire, se plaint, et avec raison, de l'emploi trop rare de cette méthode, convaincu que, si les anévrismes guérissent le plus souvent par l'oblitération de l'artère qui en est le siége, d'autres fois aussi il peut s'opérer un retour des parois sur elles-mêmes, du moins notable, s'il n'est pas complet. On pourrait peut-être expliquer ainsi la guérison spontanée qui s'est offerte dans certains cas.

Cette méthode, il est vrai, a des avantages, mais elle a de grands inconvéniens; la foiblesse qui en résulte est si grande, que les malades résistent avec peine à la plus légère cause occasionnelle des maladies régnantes; et si par malheur la fièvre les atteint, celle-ci prend un fâcheux caractère, le plus souvent adynamique, et entraîne promptement les malades au tombeau.

Deuxième méthode. La méthode dérivative appartient entièrement à *Morgagni* : elle consiste à plonger les pieds et les mains dans l'eau très-chaude, rendue plus excitante par l'addition de quelques corps irritans, la moutarde par exemple, et à frictionner en même temps les membres immergés. C'est ainsi qu'il soulagea deux jeunes filles qui éprouvaient par intervalles des palpitations et des anxiétés passagères et fréquentes dans la région du cœur : c'est ainsi qu'au grand étonnement des assistans, il ramena à la vie, et conserva pendant plusieurs mois, un autre malade dont on avait annoncé la mort comme prochaine. Si ce procédé n'a pas d'inconvéniens, les effets avantageux n'en sont malheureusement que momentanés, ayant pour but principal de dégager les parties centrales en attirant vers les extrémités le sang qui, circulant avec peine dans les poumons et le cœur, produit cette anxiété bien

capable d'effrayer et le malade et ceux qui l'entourent. Pendant l'action de ce moyen, toujours on observe un soulagement marqué, qui souvent est succédé par un retour violent des symptômes, lorsque les dérivatifs ont cessé d'agir. Ce sont surtout ces paroxysmes, ainsi que l'observe M. *Corvisart*, bien plus fréquens dans les maladies du cœur et des gros vaisseaux que dans toute autre, qui doivent attirer l'attention du médecin, puisqu'il peut les adoucir, les suspendre, les prévenir dans quelques cas; tandis que, négligés et abandonnés à eux-mêmes, ils deviennent promptement mortels. Ce sont ces paroxysmes qui réclament l'emploi de la méthode dérivative, surtout si les malades offrent une constitution débile et détériorée par l'abus des saignées.

Voici donc deux moyens : l'un débilitant, rarement curable, souvent utile, ne pouvant être exclusivement employé sans danger; l'autre composé de dérivatifs innocens, et seulement utiles momentanément. Ne pourrait-on pas, en combinant l'une et l'autre méthode, en former une mixte, qui, prenant tout ce qu'il y a d'avantageux, rejetterait tout ce qui peut être nuisible? c'est-à-dire que, sans espoir bien réel d'une guérison radicale, puisqu'il est presque impossible de reconnaître un anévrisme de l'aorte à son début, mais dans l'intention de pallier, d'arrêter les progrès, de le guérir, même en partie, il faudra saigner lors d'une oppression, d'une anxiété extrêmes, et d'une suffocation imminente, surtout si le pouls annonce de la force; mais s'arrêter dès qu'on verra prédominer la faiblesse. Cependant il ne conviendrait pas d'abandonner les malades au milieu d'un paroxysme : les sangsues appliquées à l'anus, sur la région précordiale, plus fréquemment qu'en grand nombre; les manuluves, les pédiluves sinapisés, les frictions, conseillés par *Morgagni*, pourront être d'un grand secours, et procurer un bien-être réellement miraculeux. C'est ainsi qu'on est parvenu, dans certaines circonstances, à calmer des paroxysmes qui paraissaient mortels, à en prévenir quelques-uns qui menaçaient, et cela non-seulement une et deux fois, mais dix, vingt,

et souvent plus. En agissant de la sorte, en prescrivant le repos au malade, il faut bien se garder d'appliquer des emplâtres sur la tumeur, si toutefois elle fait saillie au-dehors; car on déterminerait une irritation de la peau, et l'on pourrait, en favorisant le développement d'un abcès, accélérer la rupture, et par conséquent hâter la mort. Cependant il est un moyen innocent et qui, dans certains cas, a paru palliatif; je veux parler de la glace, ou de quelque autre réfrigérant employé à l'extérieur, moyen qui a paru diminuer le volume de la tumeur, du moins s'opposer à son accroissement. Mais, en général, on doit le tenter, moins pour obtenir un succès réel que dans les vues raisonnées de ne point paraître abandonner les malades; enfin, comme moyen préservateur contre les agens extérieurs. On peut avoir la précaution de recouvrir de compresses, ou mieux d'un cuir bouilli rendu plus ou moins concave, la tumeur anévrismale, si elle fait saillie au-dehors.

I.re OBSERVATION.

Anévrisme de la crosse de l'aorte.

On reçut à l'hôpital de la Charité, le 25 juin 1818, un cordonnier âgé de quarante-trois ans, nommé Janin, habitant Paris depuis douze ans. Sa taille, sa force, étaient moyennes; ses membres peu musculeux, et sa santé habituellement bonne. Cependant, depuis douze ou quinze ans, son cœur, nous dit-il, battait plus fortement que dans l'état sain, surtout après des excès de table, des plaisirs vénériens, quelque émotion vive; et les battemens étaient quelquefois si violens, que tout le côté gauche de la poitrine en était soulevé. Un régime de vie sévère avait diminué de beaucoup cette indisposition, et n'en avait point amené d'autres, lorsqu'il commença à se plaindre, il y a environ un an, d'oppression, d'étouffemens au moindre mouvement du corps, et surtout d'une légère altération dans le timbre de la voix, symptômes qui persistèrent

pendant neuf mois, et ne tardèrent pas à s'accompagner de troubles dans le sommeil, d'amaigrissement, de faiblesse, et surtout d'une douleur occupant la partie supérieure du côté gauche de la poitrine, s'étendant jusqu'à la base du cou du même côté. Ce fut alors qu'il se décida à demander un des lits de la Charité, le 25 juin, où l'on observa les symptômes suivans:

Céphalalgie passagère, sommeil interrompu par des rêves effrayans, face maigre, peu colorée, légèrement violacée; altération dans le timbre de la voix, qui était voilée; respiration assez libre dans le repos, mais devenant courte, haletante, précipitée et comme sifflante dans l'action de marcher vite, de monter un escalier, alors ordinairement accompagnée de battemens du cœur si violens, que le malade était obligé de s'arrêter pour éviter la suffocation imminente, qui semblait augmenter lors de l'inclinaison de la tête sur la poitrine, et diminuer au contraire lors de son renversement en arrière. Aussi était-ce le plus souvent dans cette attitude que sommeillait ce malheureux. La poitrine résonnait assez bien dans toute son étendue, peut-être un peu moins à gauche et en avant. Depuis dix jours une douleur s'était manifestée à droite, avec impossibilité de se coucher sur ce côté; douleur qui gagnait la région spinale lors du décubitus long-temps prolongé sur le dos.

Appliquait-on la main au niveau de la deuxième et troisième côtes gauches, on sentait une espèce de bruissement accompagné de battemens violens, qui à l'oreille paraissaient simples, et avoir beaucoup d'analogie avec ceux du pouls. Ils n'appartenaient point au cœur; car, en explorant la région de cet organe, on distinguait parfaitement ses battemens, qui étaient doubles, réguliers, et beaucoup moins impulsifs que les précédens; ce qui donnait à penser que le cœur était sain et l'aorte anévrismatique. Le pouls manquait au membre supérieur gauche, qui était souvent engourdi; celui du membre opposé était petit, quelquefois même imperceptible. L'artère carotide gauche était sans battemens apparens; la droite, au contraire, et les veines jugulaires battaient

fortement. Du côté de l'appareil digestif, la déglutition seule était pénible dans certaines circonstances.

Tous ces symptômes annonçaient assez clairement un anévrisme de l'aorte; mais ce malade, ayant demandé sa sortie de l'hôpital quelques jours après son entrée, nous enleva les moyens d'observer les symptômes à une époque plus avancée, et les effets qu'aurait pu procurer un traitement quelconque, sur lequel on n'avait pas encore pris de détermination.

II.e OBSERVATION.

Anévrisme de la crosse de l'aorte, avec perforation de la trachée-artère, sans crachement de sang.

Un portier de la Charité nommé Leprêtre, âgé de quarante-sept ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, toussait depuis plusieurs années, avait l'haleine courte, et se plaignait d'étourdissemens avec bouffées de chaleur montant au visage, qui l'empêchaient par momens de marcher, et le forçaient à s'arrêter sur une borne, lorsqu'il faisait les commissions de l'hôpital. Cependant il n'avait point cessé ses fonctions de portier et son état de fabricant de cartons, lorsqu'en 1815 l'action de monter, de marcher avec vitesse, d'exécuter quelques mouvemens violens, commença à lui faire éprouver une vive oppression, des palpitations de cœur, et par momens une toux vive et cruelle, qui s'accrurent insensiblement jusqu'au mois de janvier 1819, où ils furent accompagnés d'autres symptômes aussi graves, et obligèrent ce malheureux à mettre fin à toute espèce d'occupation, pour garder presque constamment le lit. A cette époque, la maigreur survint, le visage pâlit, les yeux se cernèrent, le timbre de la voix s'altéra, la respiration devint haute et fréquente; des douleurs profondes se firent sentir derrière le sternum et dans la cavité gauche de la poitrine, qui résonnait à merveille dans toute son étendue; la toux devint

forte, fréquente, souvent sèche, mais de temps à autre suivie d'expectoration de crachats d'un blanc sale, ayant l'aspect de purée, mais parfaitement isolés les uns des autres, nageant dans une médiocre quantité de pituite diffluente; les battemens du cœur étaient assez forts, réguliers; le pouls un peu dur, petit, beaucoup moins sensible à gauche qu'à droite; le décubitus impossible sur le côté droit ou sur le dos, facile sur le séant et le côté gauche; de temps à autre constipation. Tous ces symptômes persistèrent pendant une quinzaine, mais diminuèrent, disparurent d'une manière presque complète après l'usage de quelques saignées tant générales que locales, de sinapismes, de pédiluves sinapisés, et autres moyens dérivatifs.

Leprêtre se leva, reprit ses occupations, et sa santé s'était tellement améliorée, qu'on aurait pu croire à une véritable convalescence, lorsque, quinze jours après, tout à coup il est en proie aux mêmes symptômes, plus effrayans encore. L'oppression était portée au plus haut degré, la respiration extrêmement fréquente et sifflante; la toux par quintes, comme convulsive, sèche d'abord, puis subitement accompagnée, pendant quelques jours, d'une expectoration très-abondante de crachats offrant toujours le même caractère.

Les saignées, les dérivatifs apaisèrent ces symptômes et les dissipèrent. Alors apparence de convalescence. Quelque temps après, récidive des symptômes, alarmans à un tel point, que les médecins pensaient que la mort était certaine; cependant cinq ou six rechutes et convalescences se succédèrent. Mais, vers la première quinzaine de juin, après un état des plus satisfaisans, de six semaines environ, ce malheureux éprouva une vive douleur dans le côté gauche du thorax; la respiration devint on ne peut plus pénible, fréquente, avec râle; la position possible seulement sur le séant; le corps penché du côté gauche, et la tête fléchie fortement sur la partie antérieure de la poitrine. Ce fut alors que la toux devint continuelle, l'expectoration plus abondante que jamais; que les crachats, sans changer de caractère, furent teints de sang.

La percussion exercée à cette époque donna un son clair généralement, un peu moins peut-être dans la région mammaire gauche, où l'on sentait une forte impulsion accompagnée d'un battement simple et d'un bruit particulier, qui semblaient étrangers à l'action du cœur, dont les battemens étaient doubles, moins impulsifs, et d'ailleurs réguliers. Le pouls du côté gauche ne pouvait être senti ; celui du côté droit était dur, petit, fréquent. Cependant l'expectoration se supprime tout à coup, la respiration devient plus fréquente que les battemens du cœur ; c'est avec peine que le malade trouve assez d'air pour exécuter cette fonction. Les extrémités se refroidissent sans s'infiltrer, le pouls devient imperceptible du côté droit, et le râle vient précéder la mort, qui arriva le 5 juin 1819, après une longue agonie.

Ouverture du cadavre.

Le cadavre paraissait être celui d'un homme épuisé par une longue maladie ; il était généralement maigre, mais surtout du visage.

Les parens s'opposèrent à l'ouverture du crâne.

Le poumon droit adhérait fortement et dans toute son étendue aux parois thoraciques ; il était pesant, quoique d'un moyen volume ; son tissu, sans être dur, crépitait à peine, était gorgé de sang dans ses deux tiers inférieurs, où il était rouge foncé.

Le poumon gauche était adhérent dans plusieurs endroits, mais moins que le droit ; beaucoup plus volumineux, il était proportionnellement moins lourd, quoique son tissu, un peu plus crépitant, fût absolument analogue ; vers son sommet se trouvaient trois ou quatre concrétions calculeuses, dont la plus grosse pouvait égaler un petit pois.

Toujours à gauche, vers le siége de la crosse de l'aorte, se remarquait une tumeur au moins aussi volumineuse qu'un œuf d'autruche comprimant à droite le poumon et la trachée, qui,

dejetée fortement, présentait une courbure dont la concavité était à gauche, et la convexité tournée du côté droit, appuyée d'autre part sur la colonne vertébrale, qui ne présentait aucune altération. Une incision pratiquée suivant la longueur de cette tumeur donna issue à une assez grande quantité de sang liquide, et à quelques caillots récemment formés. Le reste fut enlevé avec facilité, et, à mesure qu'on pénétrait dans la cavité de la tumeur, il semblait que les caillots avaient pris de plus en plus le caractère membraneux. En effet, le sang, coagulé par couches, formait un tissu rouge d'abord, puis d'autant plus pâle, qu'on approchait de la poche, où l'on distinguait parfaitement la fibrine formant un grand nombre de lames appliquées les unes autour des autres, se séparant avec facilité, et formant, surtout vers la partie droite correspondant à la trachée-artère, une épaisseur de plus d'un pouce. La poche fut entièrement vidée ; les parois semblaient épaissies, et, malgré l'énorme extension, n'offraient, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, aucune déchirure, aucune érosion, si ce n'est vers la partie qui était en contact avec la trachée-artère ; là, en effet, l'artère, fort adhérente à ce conduit cartilagineux, paraissait complètement détruite. C'était la trachée qu'on apercevait à sa place, érodée dans l'étendue de trois pouces, et considérablement amincie, criblée même çà et là de petites ulcérations, et de trois, entre autres, fort remarquables, inégales dans leur contour, ayant environ quatre lignes de diamètre, et établissant une véritable communication entre le sac anévrismal et la trachée-artère, dont le calibre n'était pas diminué ; communication qui était heureusement bouchée par les couches fibrineuses très-denses et très-épaisses dont j'ai parlé précédemment.

Le cœur était volumineux, proportionnellement à la taille du sujet ; ses ventricules étaient dilatés, leurs parois minces, et d'un tissu pâle et flasque.

L'artère sous-clavière gauche était en partie obstruée par des caillots.

Tous les autres viscères étaient sains, et l'estomac, comme chez tous les anévrismatiques du cœur ou des gros vaisseaux, présentait une injection très-forte des vaisseaux veineux, et quelques ecchymoses qui auraient pu faire croire à un état inflammatoire, si on n'était en garde contre ces rougeurs qui se rencontrent sur la plupart des cadavres, même sur ceux des hommes morts subitement et sans maladie.

III.e OBSERVATION.

Anévrisme de l'aorte pectorale, qui, pendant la vie, n'avait offert que les plus légers symptômes d'une maladie du cœur.

Une femme d'une petite stature, mais assez fortement constituée, était couchée au n° 4 de la salle Saint-Joseph (hôpital de la Charité); l'oppression dont elle était affectée, les battemens du cœur, qui paraissaient tumultueux et violens, l'intermittence du pouls, la couleur violacée du visage, avaient fait croire à une maladie du cœur; elle avait été traitée comme telle par les saignées, les pilules digitales; et les bons effets en étaient si marqués, que cette femme devait sortir le lendemain, lorsqu'elle mourut subitement, après avoir poussé un cri perçant, indiquant avec la main la partie moyenne du thorax, comme étant le siége d'une violente douleur.

Ouverture du cadavre.

Forte ecchymose de tout le côté gauche du visage; bouche béante, laissant échapper une mucosité sanguinolente, lèvres tuméfiées, violacées, point d'infiltration.

Le crâne ne fut point ouvert.

Les poumons étaient sains, d'un très-beau marbré en noir; dans le médiastin antérieur s'observait du sang coagulé, formant un énorme épanchement qui couvrait une grande partie du poumon droit, surtout inférieurement. Ayant enlevé des caillots qui se prolon-

geaient sous la racine du même poumon, on parvint dans une espèce de canal celluleux qui conduisait directement vers la partie antérieure d'une poche anévrismale, qui, dans cet endroit, offrait une ouverture frangée de la grandeur d'une pièce de vingt sols. Le volume de la tumeur pouvait égaler le poing du sujet : sa forme était peu distincte, à cause des déchirures, qui furent inévitables en voulant la disséquer ; elle semblait naître de l'aorte, au-dessous de sa crosse, qui était très-dilatée, par un rétrécissement remarquable, et sa communication avec le tronc artériel se faisait au moyen d'une perforation à peu près quadrilatère, longue d'un pouce et demi, dont le contour, lisse et épaissi, semblait être tapissé par la membrane interne de l'artère. La structure de cette poche était entièrement celluleuse ; vainement cherchait-on les traces des deux autres tuniques artérielles, si ce n'est à sa naissance, au-dessous et au-dessus de laquelle l'aorte présentait une fort légère dilatation. Les parois de ce sac étaient assez épaisses, et d'autant plus denses, qu'on les examinait plus près de sa surface interne, qui était colorée en noir : celle-ci était en contact avec une substance fibrineuse, pâle, et fort dense, se subdivisant en lames d'autant plus minces qu'on poursuivait la division. Au centre était du sang en caillots, enveloppant ce liquide encore fluide. Ayant enlevé tous ces caillots, on reconnut une destruction profonde des corps des quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales, qui étaient dénudées, sans que les cartilages qui les séparent et les unissent présentassent la moindre altération.

Le péricarde contenait deux ou trois onces de sérosité limpide dans laquelle baignait un cœur proportionné à la taille du sujet ; son tissu était ferme et rouge, surtout au ventricule gauche, dont la cavité pouvait à peine contenir le petit doigt.

L'estomac offrait intérieurement, sur plusieurs point de la muqueuse, une teinte rougeâtre, qui s'enlevait assez facilement à l'aide d'une légère lotion ou du moindre frottement.

Les intestins grêles, rouges, bruns à l'extérieur, étaient rouges intérieurement.

Rien autre chose digne de remarque.

IV.e OBSERVATION.

Anévrisme de l'aorte ventrale derrière le tronc cœliaque.

Un perruquier, nommé Charles Pierre, âgé de cinquante-six ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant eu plusieurs maladies vénériennes (mais bien guéries, dit-il), et s'étant adonné à des excès répétés de liqueurs spiritueuses, ressentit pour la première fois, il y a environ quatre ans, des douleurs fugaces dans la région lombaire, des coliques, et surtout des engourdissemens avec crampes dans les jambes. Cependant, regardant ces symptômes comme de légères indispositions, malgré la maigreur qui le gagnait chaque jour, il ne consulta aucun médecin, jusqu'au mois d'octobre 1818, où des nausées fréquentes, des vomissemens de matières muqueuses, immédiatement après les repas, l'exacerbation de tous les symptômes énoncés ci-dessus, l'apparition d'une dureté vers la région épigastrique et de quelques battemens, commencèrent à l'inquiéter, et le forcèrent même à entrer à la Charité, le 28 décembre, où il fut placé salle Saint-Louis, confié aux soins de M. *Lerminier*.

A cette époque, sommeil pénible, rêves quelquefois sinistres, réveils en sursaut.

Maigreur générale, surtout du visage, qui était couleur paille dans toute la partie supérieure. Langue pâle et humide; haleine nullement fétide, rapports, nausées, vomissemens rares de matières muqueuses; ventre souple, indolent, si ce n'est à la région épigastrique, où l'on croit sentir une tumeur, mais qui n'est pas très-évidente, à cause de la contraction permanente et la dureté des muscles droits; constipation fréquente, quelquefois sentiment d'une boule qui remonte vers le sternum; toux nulle, poitrine

sonore généralement, palpitations du cœur imperceptibles au toucher, mais parfaitement distinctes au moyen du cylindre : elles étaient fréquentes, accompagnées d'une forte impulsion, peu étendues, mais sonores. Le pouls était petit, régulier, fréquent du côté droit, dur et développé du côté gauche ; la peau sèche, sans chaleur marquée. Enfin le malade se plaignait de douleurs et d'engourdissement dans les lombes et les extrémités inférieures, qui étaient le siége de crampes très-douloureuses. (Tisane adoucissante, légers minoratifs ; quelques sangsues à l'épigastre.)

Pendant le cours du mois de décembre, cessation des nausées, des vomissemens, apparence d'un calme satisfaisant. Mais, vers les premiers jours de janvier, la souplesse du ventre, qui d'ailleurs paraissait peu volumineux, permit de sentir dans l'angle formé par l'écartement des dernières fausses côtes une tumeur dure, nullement circonscrite, s'étendant dans l'hypochondre droit, offrant des pulsations simples, isochrones au ventricule aortique, accompagnées d'une impulsion très-forte, d'un bruissement assez sensible au toucher, mais très-remarquable, si l'on appliquait l'oreille, car il donnait un bruit imitant parfaitement celui de la lime, ce qui fit croire à l'existence d'un anévrisme de l'aorte ou du tronc cœliaque, et non à celle d'une tumeur qui seulement aurait été soulevée par un mouvement de locomotion.

Le 21 janvier, tout à coup douleur fixe au côté gauche, avec gêne de la respiration, surtout dans les mouvemens inspiratoires. Toux sèche et fréquente, pouls petit et lent. (Quatre sangsues sur le point douloureux.)

Le 22, même état, poitrine généralement sonore, pulsations évidentes dans la région lombaire. (Large cataplasme sur le côté.)

Le 23, la tumeur semble avoir pris de l'accroissement, et cependant les battemens sont plus obscurs, le bruissement a disparu mais la pâleur est extrême, le pouls petit, les yeux caves, la respiration fréquente, la douleur vive au côté et aux lombes, le

ventre ballonné, dur, tendu et douloureux à la moindre pression. (Potion gommeuse ; liniment avec camphre et laudanum.)

Le 24, les symptômes s'aggravent pendant la journée ; le malade meurt sur les dix heures du soir.

Ouverture du cadavre.

Le cerveau était généralement ferme, et ses vaisseaux modérément injectés.

Les poumons étaient sains, quelques faisceaux membraneux seulement les unissaient aux parois thoraciques, surtout vers le sommet ; peu de sérosité dans le péricarde, cœur proportionné à la taille du sujet, pâle, à parois épaisses, surtout du ventricule gauche, sans concrétions polypiformes ; l'abdomen, dont la paroi antérieure était assez tendue et fort dure dans la région épigastrique, contenait une assez grande quantité de sérosité sanguinolente. L'estomac et le reste du tube intestinal étaient parfaitement sains, rougis seulement par du sang extravasé.

L'incision du mésocolon transverse nous permit de voir le pancréas faisant saillie en avant, et dépassant pour ainsi dire le bord inférieur de l'estomac.

Tous les intestins ayant été enlevés avec précaution à l'aide d'une section de tous leurs liens péritonéaux, qui étaient infiltrés de sang, on aperçut dans la région gauche de l'abdomen une tumeur volumineuse étendue de la rate à la fosse iliaque gauche, et de la colonne vertébrale jusqu'au-devant du rein, qui se trouvait entièrement caché. En cherchant à isoler cette tumeur, on put distinguer que sa moitié inférieure était formée par du sang recemment épanché, formant un énorme caillot peu consistant, se déchirant avec facilité, et s'enlevant par masses et non par feuillets. Mais au-dessus de ce caillot s'observait une véritable poche formée aux dépens de la dilatation des parois de l'aorte ventrale immédiatement derrière le tronc cœliaque, qui était intègre, d'un petit ca-

libre même, et d'où partaient comme d'ordinaire les trois artères auxquelles il donne naissance. Supérieurement, cette poche était en rapport, à gauche, avec la rate et l'estomac; à droite, avec le foie et le pancréas, qui, déjeté en avant, la recouvrait en grande partie : inférieurement, avec le caillot mentionné ci-dessus : en dedans, répondait à la colonne vertébrale : en dehors, au sommet du rein gauche : antérieurement, à l'arc du colon, au jéjunum : en arrière enfin, au rein et aux parois abdominales; aux muscles diaphragme et psoas, auxquels elle adhérait d'une manière intime: et en dernier lieu, aux corps des deux dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire.

Le volume de la tumeur était donc énorme; il pouvait égaler celui de la tête d'un fœtus à terme. L'ayant isolée le plus qu'il me fut possible sans la déchirer, je trouvai à sa partie externe une large ouverture à bords inégaux, déchirés, qui laissait facilement passer le poing le plus volumineux, et se trouvait entièrement bouchée par d'énormes caillots. Je profitai de cette rupture pour vider la poche de tout le sang qu'elle pouvait contenir; la quantité était énorme, mais la nature et la consistance des caillots présentaient plusieurs variétés. Près de l'ouverture, ces caillots, semblables à du sang récemment coagulé, mais, formant déjà des espèces de lames, offraient plus profondément une nature fibrineuse plus marquée : on aurait pu comparer ce nouveau tissu à certains cœurs pâles et un peu flasques. Mais, plus on arrivait vers la membrane interne du sac, et plus leur densité était grande, d'un tissu plus blanc, plus fibreux, et beaucoup plus organisé que ces concrétions dites *polypiformes*, rencontrées souvent après la mort dans les cavités du cœur; tissu évidemment formé de lames concentriques, se séparant avec assez de facilité, ainsi que les fibres bien distinctes qui en étaient les élemens.

Tous les caillots enlevés, la poche du sac nettoyée, on examina le sac lui-même.

La surface extérieure, de couleur rouge brun, était recouverte

postérieurement par les muscles psoas et diaphragme, qui en augmentaient l'épaisseur, et nécessairement la force en cet endroit; la surface interne était rugueuse; en râclant légèrement, on enlevait avec facilité un grand nombre de parcelles jaunâtres, qui paraissaient provenir de l'altération de la membrane interne de l'artère.

Au-devant de la colonne, les parois artérielles étaient entièrement détruites; à leur place on pouvait voir les corps des deux dernières vertèbres dorsales usés de telle sorte, que la face antérieure de chacun présentait de haut en bas une cavité demi-circulaire, séparées l'une de l'autre par le cartilage inter-vertébral encore sain; on reconnaissait l'usure du tissu osseux, et point d'altération organique.

Nous venons de parler de la membrane interne de l'aorte; la moyenne, peu épaissie, beaucoup moins dilatée que l'externe, s'en détachait avec assez de facilité; on distinguait parfaitement l'endroit de la rupture, qui était environ à un pouce et demi de la nouvelle.

Enfin sa tunique celluleuse, d'autant plus épaisse qu'on l'observait plus près de la rupture, avait au moins une demi-ligne d'épaisseur; elle était jaunâtre, élastique, accolée à la fibreuse dans une grande étendue, et l'abandonnait pour marcher seule à un pouce et demi environ de la rupture récente, autour de laquelle elle s'amincissait de nouveau.

Ve OBSERVATION.

Observation d'un cancer de l'estomac et de l'épiploon, qui en avait imposé pour un anévrisme de l'aorte ventrale.

Un ébéniste nommé Joisel, âgé de cinquante-huit ans, d'une assez forte constitution, se livrant de temps en temps aux excès de table, et surtout de liqueurs spiritueuses, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il reçut, vers la fin du mois de décembre 1818, un violent coup de timon de charrette dans la région épigastrique.

Un repos de quatre jours avait suffi pour faire disparaître la douleur qui en avait été la suite : trois ou quatre mois s'écoulèrent même dans un état d'excellente santé, à l'exception d'un peu d'inappétence ; mais bientôt cette perte d'appétit devint plus prononcée ; des rapports, des nausées, des vomissemens même de matières muqueuses, l'accompagnaient et se manifestaient toujours quelques heures après le repas ; la tête n'était point douloureuse, la face était très-pâle, la poitrine sans douleur, malgré l'existence d'une petite toux sèche, accompagnée de quelques crachats muqueux.

C'est alors que la région épigastrique devint une seconde fois le siége de douleurs et de battemens assez forts, qui chagrinèrent le malade ; plus tard des picotemens, de légères coliques survinrent, et, à une époque plus avancée, des douleurs abdominales plus vives, de la constipation, et le sentiment d'une boule qui changeait de place, tendait à remonter vers l'estomac, produisant aussitôt des nausées et des vomissemens, et forcèrent enfin cet homme à entrer à l'hôpital de la Charité le 24 mars 1819, quatre mois après le coup de timon.

Voici quels étaient alors les symptômes : maigreur générale très-prononcée, face pâle, offrant une teinte jaunâtre ; yeux légèrement caves, toux légère, expectoration de quelques crachats visqueux, son généralement clair du thorax, pouls lent, petit et régulier ; peau généralement sèche, apyrexie ; langue pâle, humide, inappétence, rapports, nausées immédiatement après avoir pris des alimens, vomissemens rares de matières muqueuses trois ou quatre heures après. En explorant l'abdomen, on observait une certaine dureté vers la région épigastrique. La contraction des muscles droits en imposa d'abord ; puis on reconnut manifestement, à droite de l'épigastre, vers l'hypochondre droit, un corps dur assez bien circonscrit, du volume d'un gros œuf de poule, et qui semblait éprouver des mouvemens d'élévation et d'abaissement, comme s'il eût été soulevé par l'aorte située derrière elle, de même qu'on voit certaines tumeurs lymphatiques situées près des artères en impo-

ser pour des tumeurs anévrismales. Telle fut l'opinion de M. *Lerminier*.

On inscrivit pour diagnostic, squirrhe du pylore. Le repos, la diète, les adoucissans avaient éloigné l'époque des vomissemens; depuis dix jours ils n'avaient pas paru; cependant la tumeur existait encore, paraissait même étendue davantage vers l'épigastre, et offrir des battemens plus prononcés. Les jours suivans son volume augmente, la pesanteur, la gêne, s'accroissent; le malade accuse une espèce de bouillonnement dans son ventre. Le 1.er mai, la tumeur occupe tout l'épigastre, dure encore à sa circonférence; elle paraît molle à son centre; et non-seulement on sent les battemens d'expansion en appuyant les deux mains sur les parties latérales, mais encore on les voit à la partie moyenne. On pensa que la tumeur était anévrismale.

Les battemens étaient simples, à la vérité distincts de ceux du cœur, faciles à reconnaître un peu plus haut; mais on n'avait point la sensation du bruissement particulier imitant le bruit de la lime; ce qui mettait les uns et les autres dans une grande incertitude. Pendant plusieurs semaines même observation. Vers les premiers jours de mai, pesanteur, douleur, tension du ventre, nausées, vomissemens répétés pendant le jour; le ventre se tend, la tumeur semble plus volumineuse; à peine en sentait-on les battemens; ce qui donnait à penser que des caillots en occupaient la partie antérieure. (Emplâtre de thériaque et d'opium sur le ventre; potion calmante; tisane adoucissante.)

Dès-lors on n'observa point de changement sensible dans les symptômes; la maigreur, la faiblesse, allèrent toujours en croissant; le teint devint de plus en plus livide, les vomissemens disparurent momentanément pour reparaître quelque temps après, et ne cesser qu'avec la vie, qui se termina le 20 juin 1819.

Ouverture du cadavre.

La cavité du crâne, examinée avec soin, ne préssenta rien de remarquable.

Le péricarde contenait deux onces de sérosité limpide ; le cœur, légèrement infiltré vers le bord droit, était flasque, à parois minces, mais proportionné en volume à la taille du sujet.

Les poumons étaient sains; le gauche, qui adhérait assez intimement à la plèvre costale, avait ses bronches un peu rouges.

Le ventre était légèrement distendu ; on sentait, en le percutant, le flot d'un liquide; à son ouverture, il s'écoula environ deux pintes de sérosité roussâtre; les intestins, généralement libres, étaient pâles à l'extérieur, et sains intérieurement.

Le foie, peu volumineux, sain, considérablement aplati vers le lobe moyen, qui s'étendait jusqu'à la rate en forme de lame, qui était intimement unie au diaphragme.

L'estomac était légèrement distendu par des gaz ; il était pâle à l'extérieur, excepté vers la petite courbure, où il était d'une couleur gris livide. Cet endroit était très-aminci et se rompit à la moindre traction. En incisant cet organe, on trouva toute sa partie antérieure saine, mais son bas-fond jusqu'au pylore considérablement épaissi ; toutes les membranes durcies et transformées en un tissu dur, fibreux, blanchâtre, résistant au tranchant du scalpel, sous lequel il criait. Dans plusieurs points cependant il y avait destruction complète, et la péritonéale seule semblait exister. Dans d'autres, la muqueuse était épaissie, fongueuse, présentait des végétations plus ou moins volumineuses, d'une couleur gris-ardoise, noirâtre et livide, exhalant une odeur *sui generis,* analogue à celle de la gangrène ; c'était une véritable ulcération à bords renversés et fongueux, occupant toute la grande courbure, et se bornant au pylore, qui était sain en apparence, mais dont la membrane musculaire commençait à s'épaissir et à prendre de la dureté; le grand

épiploon était rétracté sur lui-même et formait au-devant du pylore une masse arrondie du volume d'une grosse pomme. Cette masse, d'un blanc mat, encore molle et inégale à sa circonférence, était d'autant plus dure, qu'on approchait de son centre, qui avait le caractère fibreux, quoique toujours très-albuginé.

La vésicule du fiel près son conduit excréteur était durcie, fortement épaissie, et passant à l'état cancéreux, sans mettre obstacle cependant à la sortie de la bile, qui s'écoula dans le duodénum, en exerçant une légère pression sur la vésicule. Quelques glandes mésentériques avoisinant le duodénum étaient tuméfiées et offraient un commencement de dégénérescence.

L'artère aorte était sans dilatation, et saine comme le reste des viscères.

OBSERVATIONS PRATIQUES.

La pleurésie en général est presque toujours mortelle.

Chez les personnes maigres, la pleurésie est souvent accompagnée d'une douleur superficielle du thorax, qu'il ne faut pas confondre avec la pleurodynie.

La péripneumonie latente existe souvent sans fièvre, sans toux et sans expectoration.

La péricardite succède le plus souvent au rhumatisme, surtout articulaire.

La fièvre adynamique de tous les âges, et la fièvre dite *entéro-mésentérique* des jeunes gens, sont essentiellement différentes. Le quinquina guérit souvent la première, rarement la seconde; et si l'on examine bien la marche de celle-ci, on voit que presque toujours le cerveau finit, à une certaine époque, par être l'organe principalement affecté, et vers lequel il faut diriger toute son attention. A l'ouverture des corps on ne trouve souvent aucune altération notable dans la première; presque constamment, au contraire, on observe dans la seconde une dureté

considérable avec injection du cerveau, une certaine rougeur, un boursoufflement circonscrit avec érosion, souvent même ulcération véritable de la membrane muqueuse intestinale, qui rarement affectent la portion ascendante du colon, et toujours le cœcum et la portion voisine de l'iléon.

Dans les fièvres intermittentes avec gonflement de la rate, on observe constamment un état de turgescence de cet organe pendant les accès.

Quelquefois, à l'ouverture des corps, on trouve pour toute altération une dureté plus grande du cerveau, qui n'a pas encore fixé l'attention des praticiens.

Le délire dans la péripneumonie n'est pas toujours mortel.

La jaunisse peut exister, malgré le libre cours de la bile, dans les canaux biliaires.

La phthisie laryngée précède ou accompagne toujours la phthisie pulmonaire ; elle n'existe jamais isolée.

La rougeur de la langue n'est pas un signe certain d'inflammation ; elle ne contre indique pas l'emploi des purgatifs dans la colique métallique, ni celui des émétiques dans d'autres circonstances.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* DE MERCY).

I.

Solvere apoplexiam vehementem quidem, impossibile; debilem verò, non facile. *Sect.* 2, *aph.* 42.

II.

A tabe detento alvi profluvium superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 14.

III.

Ophthalmiâ laborantem alvi profluvio corripi, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 17.

IV.

Erysipelas foris quidem introverti non bonum: intùs verò foràs, bonum. *Ibid.*, *aph.* 25.

V.

In acutis affectionibus rarò et in principiis purgante utendum; atque hoc diligenti priùs adhibitâ cautione faciendum. *Sect.* 1, *aph.* 24.